

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

année 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Jacques-Joseph-François PUIG

Né à Vincennes, le 14 Juin 1895

DENTS TRAVERSÉES OU SILLONNÉES

PAR LE

NERF DENTAIRE INFÉRIEUR

Président de thèse : M. le Professeur SÉBILEAU

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION
ANCIENNEMENT IMPRIMERIE LEVÉ

71, RUE DE RENNES, 71

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Professeurs :

MM.

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA
DESGREZ
BEZANCON
BRUMPT
Marcel LABBÉ
RENON
LECENE
LETULLE.
PRENANT
POUCHET
CARNOT
BERNARD
BALHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT
DUPRE
JEANSELME
P. MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J.-L. FAURE
BROCA Auguste
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale.
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et Chimie générale.
Bactériologie.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale.
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique.
Histologie.
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène.
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie.
Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale.

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique.
Clinique thérapeutique chirurgicale

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	BETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	LOUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Qui fut et reste le meilleur de mes
maîtres.*

A MES FRÈRES

A M. LE DOCTEUR HENRI RODIER,

Stomatologiste des Hôpitaux,

Professeur de Clinique à l'Ecole Française de Stomatologie,

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui depuis deux ans est pour nous
le meilleur et le plus amical des maî-
tres, en témoignage de profonde
reconnaissance et d'inaltérable atta-
chement.*

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

MM. les D^{rs} CHAUFFARD (Hôpital Saint-Antoine).
MARION (Hôpital Lariboisière).
CLAUDE (Hôpital Saint-Antoine).
MOSNY (*in memoriam*).
BOUFFE de SAINT-BLAISE (Hôpital Saint-Antoine).
DUPUY-DUTEMPS (Hôpital Saint-Antoine).
RODIER (Hôpital Lariboisière).

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

MM. les D^{rs} BELIARD.
BOZO.
CHOMPRET.
FARGIN-FAYOLLE.
GIRES.
GUILLY.
HERPIN.
IZARD.
KRITCHEWSKY.
NESPOULOUS.
NOGUÉ.
PONROY.
RÉAL.
ROBIN.
RODIER.
ROUSSEAU-DECELLE.
SCHAEFER.

A M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU,
Professeur de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur de présider notre
thèse, après avoir facilité nos recher-
ches poursuivies à « Clamart », où il
nous a reçu avec tant d'affabilité.*

DENTS TRAVERSÉES OU SILLONNÉES

PAR

LE NERF DENTAIRE INFÉRIEUR

I. — RAPPORTS CLASSIQUES

A trois ou quatre millimètres après sa sortie du crâne par le trou ovale, le nerf maxillaire inférieur s'épanouit en deux troncs terminaux. Le nerf dentaire inférieur est une des branches du tronc postérieur.

Ce nerf, continuant la direction du nerf maxillaire inférieur, arrive à l'orifice supérieur du canal dentaire ; il s'engage dans ce canal, accompagné de l'artère et des veines dentaires inférieures et se divise, au niveau du trou mentonnier, en deux rameaux terminaux ; il fournit des rameaux musculaires, gingivaux, osseux et envoie des filets aux racines des grosses et petites molaires (TESTUT).

DIEULAFÉ et GAYRAL précisent les rapports du canal dentaire (et du nerf dentaire inférieur) avec les racines des dents, rapports qui intéressèrent fort peu les classiques. « Le canal, commençant en haut sur la face interne, finissant en avant sur la face-externe, traverse l'os en sens oblique, s'entrecroisant en X avec l'axe de la branche horizontale du maxillaire. Au niveau de la dent de sagesse et de la deuxième molaire, il est interne par rapport aux racines ou aux follicules dentaires. Il devient exactement sous-jacent à l'alvéole de la première molaire, pour passer ensuite en dehors de la racine de la deuxième prémolaire... »

Chez l'adulte, le canal dentaire reste placé à une certaine distance des racines, et nous le trouvons successivement, en allant d'avant en arrière, à 9, 8, 7, 6 millimètres des deuxième prémolaire, première, deuxième et troisième molaires. La distance des

racines au canal est minimum au niveau de la troisième grosse molaire et au cours de l'évolution de cette dent, tant qu'elle est incluse, son follicule est en rapport avec le canal dentaire. »

Les classiques, dans leur très bref exposé, laissent croire à une fixité intangible de ces rapports. Et pourtant ceux-ci sont éminemment variables. Cela, au reste, semble logique, si l'on réfléchit qu'ils dépendent de la situation en hauteur du canal dentaire dans l'os maxillaire, de la longueur des racines et de leur direction. Je dirai plus loin, en quelques lignes, les variations de situation du canal dentaire, que j'ai constatées à l'amphithéâtre. D'autre part, on conçoit facilement que les racines des molaires peuvent être plus ou moins longues. Mais il importe d'attirer immédiatement l'attention sur les positions, dites anormales, que peut prendre la dent de sagesse. Gênée dans son éruption par un manque de place, résultant, soit du volume excessif d'une seconde molaire, soit d'une disposition anormale de l'apophyse coronoïde, elle cherche à se loger comme elle peut. Elle se dirige en haut, mais surtout en avant. Sa couronne vient alors buter sur la racine de la deuxième molaire qui la bloque comme un mur. Ne pouvant plus se développer vers le haut, elle enfonce, dans le tissu spongieux, très profondément, en bas et en arrière, ses racines, qui continuent leur développement normal. Les rapports sont alors changés et pour peu que le canal dentaire ne soit pas en position basse, la racine de la dent de sagesse peut arriver à proximité, au contact du nerf dentaire inférieur, ou même le chevaucher. Des faits cliniques le prouvent ; je vais reproduire les observations de dents traversées ou sillonnées par le nerf dentaire inférieur, publiées par le docteur HENRI RODIER dans la *Revue de Stomatologie* ; j'y joindrai les quelques observations inédites que j'ai réunies très facilement.

Aux preuves cliniques s'ajoutera la preuve anatomique, cherchée et trouvée à l'amphithéâtre.

II. — FAITS CLINIQUES

OBSERVATION I. — Le 19 juillet 1909, le D^r E. DELAUNAY présentait à la Société de Stomatologie de Paris l'observation d'un malade âgé de 53 ans, auquel il avait extrait une dent de sagesse incluse dans le maxillaire, où elle occasionnait des accidents osseux et cutanés assez sérieux pour nécessiter une intervention.

« Par suite d'une très longue suppuration osseuse, il y avait eu adhérence de la table externe à la dent, et c'est par une brèche pratiquée au niveau de la paroi externe de l'alvéole que la dent fut enlevée. »

Couchée horizontalement dans la mandibule, elle présentait une particularité tout à fait intéressante et qui, je crois, n'avait jamais été décrite antérieurement.

« Lorsque, dit notre confrère, j'eus énucléé cette dent, au moment de la prendre avec une pince et lorsque je l'ai soulevée, elle est restée comme suspendue, attachée à une sorte de ficelle qui n'était autre que le nerf dentaire inférieur *n* (fig. 1).

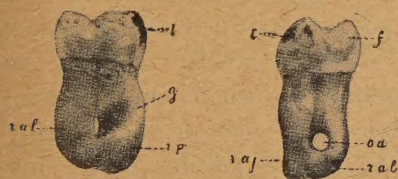
« Vous verrez que les racines se sont réunies, laissant entre elles un petit trou *o*, dans lequel passait certainement le nerf dentaire inférieur, car la résection du cordonnet blanc *n* auquel la dent était comme suspendue amena l'insensibilité complète de toute la région correspondant au trou mentonnier. »



Fig. 1. — Dent de sagesse inférieure droite vue par sa face vestibulaire; *n*, partie réséquée du nerf dentaire inférieur, qui traversait en *o* la masseradiculaire; *t*, dépôt de tartre.

OBSERVATION II. — A la séance du 17 janvier 1910 de cette même Société, le D^r Henri RODIER a rapporté l'observation à peu près identique d'une dame de 60 ans qui était venue le consulter à l'hôpital Lariboisière. Toutefois, la dent n'étant pas incluse, l'extraction au davier avait été très facile.

Il s'agissait d'un second cas de dent de sagesse dont la masse radiculaire était traversée par un canal régulièrement cylindrique ayant livré passage au nerf dentaire inférieur.



Dent de sagesse inférieure droite.
Fig. 2 — Face mésiale. Fig. 3 — Facelinguale.
t, tartre; *f*, facette d'usure; *oa*, orifice antérieur; *ral*, racine antérieure linguale; *raj*, racine antérieure jugale; *rp*, racine postérieure.

Au cours d'une première tentative d'avulsion effectuée par un confrère un mois auparavant, la rupture ou la compression du tronc nerveux avait occasionné, au niveau des régions mentonnière et gingivale, une anesthésie immédiate et complète, persis-

sant encore, après plus de quatre ans, en février 1914.

Sur la couronne normale de cette dent (fig. 2 et 3), on voyait, adhérents à la surface de l'émail et surtout en arrière, des dépôts de tartre sérique (*l*), qui permettent d'affirmer qu'elle est restée fort longtemps en contact avec du pus, emprisonnée dans sa cavité péri-coronaire, naguère ouverte et infectée.

Etranglée au niveau du collet, mais très renflée par une couche de ciment hypertrophié sur les trois quarts de sa hauteur, la masse radiculaire présentait l'anomalie intéressante précédemment signalée par DELAUNAY : elle était traversée dans sa partie inférieure par un petit canal cylindrique s'ouvrant en avant (fig. 2) par un orifice régulièrement rond à bords mousses (*o a*). En arrière (fig. 3), on retrouvait un orifice semblable ; mais celui-ci était prolongé par une gouttière (*g*) creusée sur la partie linguale de la racine postérieure et faisant un angle d'environ 45 degrés avec l'axe du canal qui, lui, paraissait être horizontal.

Quant au canal proprement dit, il semblait être situé entre les deux parties constituantes (*raj*, *ral*) de la racine antérieure, qui seraient venues converger au-dessous de lui, où elles se seraient soudées à la racine postérieure (*r. p.*).

Les rapports du nerf dentaire inférieur et de la dent étaient donc les suivants : d'abord logé dans la gouttière dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, il était appliqué sur la face linguale de ce qui représente la racine postérieure, puis il se trouvait enserré dans le tunnel qui traverse la racine antérieure ou plus exactement, la bifurcation de cette dernière.

OBSERVATION III. — MM. Jacques FILDERMANN et SOUCY, dans le *Journal Odontologique de France*, rapportent l'observation suivante :

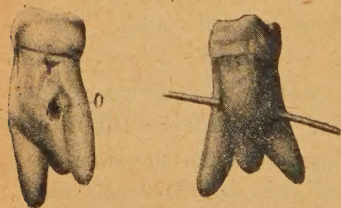


Fig. 4 et 5.

Dent de sagesse inférieure gauche.

En *o* (fig. 4), on voit un des orifices du canal où passait le nerf dentaire représenté figure 5.

« Il s'agit d'une dame âgée de 58 ans, chez laquelle seule la dent de sagesse gauche subsiste au maxillaire inférieur. On n'aperçoit que les deux tiers de sa face triturante, et elle paraît affecter une direction horizontale.

« L'extraction de la dent pratiquée en vue de la pose d'un appareil, fut très longue et très difficile ; ce qui se conçoit aisément lorsqu'on examine la disproportion

tion qui existe entre la petitesse de la couronne et la longueur des racines.

« L'opération à peine terminée, la malade porta instinctivement la main à la région mentonnière et accusa une analgésie de la région.

« Il n'y eut pas d'hémorragie abondante.

« Le lendemain, la malade revint, se plaignant de ne plus sentir la gencive correspondante au côté gauche de son maxillaire inférieur. L'anesthésie est complète sur toute la gencive jusqu'à la ligne médiane et sur la peau de la région correspondant au trou mentonnier. »

La dent, à l'examen, présente trois racines, longues de 18 millimètres, la couronne n'ayant qu'une longueur de 7 millimètres. Ces racines sont situées à peu près sur le même plan. Elles ne sont libres que par leur quart inférieur.

« A peu près vers le milieu de leur hauteur, se trouve un canal horizontal fermé par un espace compris entre la racine médiane et les deux autres racines.

« Ceci expliquait l'analgésie : étant donné, en effet, que, d'une part, la dent se trouvait en rotation sur son axe, la face jugale étant devenue face postéro-supérieure ; étant donné, d'autre part, que la dent affectait une position horizontale, ce canal avait, quand la dent était en place, une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, c'est-à-dire une direction qui se confondait avec celle du canal dentaire inférieur.

« Dans ces conditions, nous avons supposé que le nerf et les vaisseaux dentaires inférieurs traversaient ce canal inter-radiculaire, de sorte qu'en extrayant la dent nous avons déterminé la section de ces organes.

« Cette hypothèse fut confirmée par la persistance de l'analgésie. »

OBSERVATION IV. — M. Pascal Du-bois a publié dans les *Bulletins et Mémoires de la Société Odontologique de France* cette autre observation :

« M. R..., âgé de 55 ans, venait consulter, pour une vaste tuméfaction sous-angulo-maxillaire du côté droit. L'examen de la bouche permit de constater qu'à part l'absence de la deuxième grosse molaire inférieure droite et la dent de sagesse du même côté, la dentition était complète.

« L'alvéole vide de la dent de douze ans était resté ouvert depuis l'extraction de cette dent, remontant à un mois. Il laissait sourdre une grande quantité de pus à la pression digitale.

« Dans le fond, un stylet glissait sur un corps lisse et résistant qui ne pouvait être qu'une dent de sagesse recouverte par son épais capuchon fibro-muqueux.

« L'extraction en fut décidée et remise à quelques jours après lavages antiseptiques pour obtenir la réduction du trismus.

« Pratiquée le 8 mai 1912, à l'aide de la langue de carpe, elle fut très difficile.

« Lorsque la dent se luxa et se détacha de son alvéole, dit M. Du-BOIS, je m'apprêtais à l'extraire complètement, lorsque j'eus la sensation qu'elle était retenue dans son alvéole par une sorte de cordon fibreux qui devait la traverser : en soulevant la dent, j'avais en effet à vaincre une résistance élastique assez sensible.

« J'eus nettement l'impression, à ce moment, que le paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur traversait les racines de cette dent et que c'était lui, entraîné avec les racines de cette dent, qui était cause de la résistance élastique que je ressentais.

« La dent fut cependant fortement luxée et détachée complètement de son alvéole.

Dent de sagesse inférieure droite.
Orifice antérieur *a* (fig. 6) et
postérieur *p* (fig. 7) du canal
traversant la racine antérieure :
ss, gouttière divisant la racine
postérieure.



Fig. 6 et 7.

« Je fus alors très surpris de m'apercevoir que cette dent molaire présentait trois racines (fig. 6 et 7).

« Les deux racines postérieures incurvées formaient à elles deux une gouttière qui limitait la partie supérieure et les deux faces latérales d'un canal.

« Cette gouttière était continuée en avant dans la racine antérieure par un trou à l'emporte-pièce qui formait à lui seul le canal dentaire.

« Le paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur traversait la racine de la dent de sagesse.

« J'avais rompu l'artère, la veine et le nerf dentaires.

« Le malade eut une hémorragie en nappe assez sérieuse qui dura vingt-quatre heures et fut arrêtée relativement facilement par le tamponnement et par la compression.

« Je constatai les symptômes ordinaires de la paralysie du nerf dentaire inférieur (anesthésie de toute la sphère de distribution du nerf : gencives, dents, lèvre inférieure et menton du côté droit) ; le malade se mordait constamment la lèvre et éprouvait une grande gêne pour se raser.

« La paralysie complète dura jusqu'en septembre ; à cette époque, le malade eut la sensation de picotements dans les lèvres et le menton, puis, petit à petit, la sensibilité revint par zones très limitées au début et de plus en plus éloignées du point de pénétration du nerf dans le canal dentaire.

« La sensibilité du nerf mentonnier revint la dernière, et en ce moment encore, il existe dans la lèvre et dans le menton des points complètement anesthésiés à côté de zones de sensibilité normale. »

Les observations suivantes ont trait à des dents de sagesse, non plus traversées par un tunnel, mais simplement sillonnées par une gouttière.

OBSERVATION V. — En mai 1912, M. le D^r FASSO (de Melun) adressait à M. le D^r H. RODIER l'observation suivante :

« M^{me} X..., âgée de 38 ans, souffrant depuis près d'un an de névralgies dans la tête, m'est envoyée par un confrère parce qu'elle présente des accidents du côté gauche de la mâchoire inférieure. »

La dent de sagesse inférieure gauche est extraite assez facilement à la langue de carpe.

« La luxation fut facile et non douloureuse, sous anesthésie par la novocaïne ; mais l'avulsion fut très longue, à tel point que la patiente présentait des signes d'impatience et de douleur.

« Je n'ai pu, depuis le 13 mars, jour de l'extraction, revoir ma malade, mais j'ai appris qu'elle a souffert de névralgies violentes pendant les trois ou quatre jours qui suivirent mon intervention. »

Cette dent présentait au niveau des deux racines soudées une gouttière arrondie qui en a divisé l'extrémité apicale en deux parties sensiblement égales et leur donne l'aspect bifide (fig. 8).



Fig. 8. — Dent de sagesse inférieure gauche vue par sa face vestibulaire. La région apicale est divisée en deux parties égales par une gouttière ss, qui devait chevaucher le nerf dentaire inférieur.

Presque horizontale sur la racine postérieure, cette gouttière ss est, au contraire, incurvée d'arrière en avant sur la racine mésiale, où elle se prolonge assez haut sur la face antérieure.

Comme l'écrivait M. FASSO, il y a tout lieu de supposer que ce sillon a été produit par le chevauchement du dentaire inférieur.

Aussi pensons-nous devoir rapprocher cette anomalie de celle observée au niveau de la racine postérieure de la dent extraite par M. DUBOIS et représentée en s (fig. 7).

OBSERVATION VI. — Le 8 juin 1911, M. le D^r CAPDEPONT adressait à M. le D^r RODIER M. B..., âgé de 27 ans, auquel il avait extrait une dent de sagesse.

« Le 22 mai, écrit M. CAPDEPONT, M. B... souffrait d'accidents de la dent de sagesse inférieure gauche (crises névralgiques horriblement douloureuses, contracture presque complète).

« Cette dent, très enfoncée, très en dessous du niveau de la deuxième molaire, paraît à peine par un petit pertuis.

« Traitement par l'acide trichloracétique : chaque application est suivie d'une rémission de deux jours environ.

« A la suite d'une crise plus forte, l'extraction est pratiquée le 31 mai. La gencive est débridée largement. Malgré l'anesthésie (novocaïne), l'extraction est horriblement douloureuse (grande difficulté en raison de la situation en contre-bas de la dent).

Fig. 9. — Dent de sagesse inférieure gauche. Sur sa face externe, on voit une gouttière ss, où passait le nerf dentaire inférieur.

« Depuis ce jour, pas de complications opératoires. La plaie se referme rapidement ; mais des douleurs névralgiques persistent, surtout réveillées par la mastication. Elles siègent au point d'émergence du nerf

dentaire inférieur et dans la région temporale. Il n'y en a plus dans l'angle de la mâchoire ni dans la région de la dent de sagesse.

« Cette dernière est droite. Elle présente, adhérent au collet, un bourrelet muqueux énorme, et sur la face extérieure de la racine existe une dépression où devait passer le nerf dentaire inférieur. »

Au niveau des racines accolées, cette dent présentait une face externe coupée perpendiculairement à son axe par une gouttière assez large ss (fig. 9) surtout très manifeste sur la racine anté-

rière, où elle se terminait par une échancrure arrondie se prolongeant sur la face mésiale.

La situation et la direction de cette gouttière anormale s'expliquent par l'horizontalité de la dent signalée par M. CAPDEPONT.

OBSERVATION VII. — « Le 17 mai 1912, écrit M. le D^r H. RODIER, Mme X..., âgée de 40 ans, s'est présentée à la clinique de l'Ecole Française de Stomatologie, se plaignant d'accidents névralgiques et d'un hémispasme facial du côté droit pour lequel deux molaires avaient été extraites depuis longtemps et sans résultat.

« On constate, au niveau de la dent de sagesse, un pertuis par où s'écoule du pus et par lequel, à l'aide d'un stylet, il est facile de percevoir dans la profondeur un corps dur, lisse et résistant : dent de sagesse dont l'extraction s'impose.

« Celle-ci est pratiquée séance tenante par M. B.-V. PIETKIEWICZ, tout en faisant des réserves sur la possibilité d'accidents consécutifs du côté du nerf dentaire inférieur.

« Ces réserves étaient basées sur l'âge de la malade, sur l'évolution de la dent, sa situation anormale et sur l'horizontalité de sa position dans la profondeur de l'angle mandibulaire, où elle était restée incluse.

« Cette dent, de dimensions plutôt exagérées, présente sur sa face linguale un sillon très net ss (fig. 10), qui a creusé les deux racines au niveau de la jonction de leur tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

« Dans ce sillon devait passer le nerf dentaire inférieur. Le dépôt de tartre sérique adhérent à la couronne nous permet de supposer que les accidents observés étaient consécutifs à la péri-coronarite suppurée que nous avons constatée et dont nous croyons pouvoir affirmer l'origine déjà très lointaine.

« L'extraction ne fut suivie d'aucun phénomène anormal, si ce n'est quelques légers picotements au niveau du trou mentonnier ; mais nous n'avons constaté aucune diminution de la sensibilité. »



Fig. 10. — Dent de sagesse inférieure gauche. Sur la face linguale se voit en ss le sillon formé par le contact du nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION VIII. — « Le 20 décembre 1912, M. D..., âgé de

70 ans, vint me consulter, écrit M. le D^r Henri RODIER, pour des accidents siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire et dans la région de la dent de sagesse inférieure gauche.

« Au niveau de cette dent, et par un pertuis gingival, la pression faisait sourdre une grande quantité de pus. Il me fut facile, par ce pertuis, de déceler dans la profondeur de l'angle mandibulaire et à l'aide d'un stylet la présence d'une dent de sagesse dont je conseillai l'extraction immédiate.

« La radiographie, qu'on avait fait faire, indiquait très nettement la position de la dent, qui apparaissait couchée d'avant en arrière dans la branche montante et entourée d'une zone claire de tissus inflammatoires (fig. 11).

« Etant donné cette situation anormale de la dent et l'âge de M. D..., je crus devoir faire des réserves sur la probabilité de rapports anormaux devant exister entre les racines et le paquet vasculo-nerveux contigu, ainsi que sur les accidents qui pourraient être, dans ce cas, consécutifs à mon intervention.

« La deuxième molaire ayant été extraite depuis longtemps, l'avulsion à l'aide de la langue de carpe fut beaucoup plus facile que je ne le supposais, car la dent s'énucléa comme un noyau de



Fig. 11. — Radiographie due à l'obligeance de M. le D^r HENRI BÉCLÈRE. Reproduction partielle du côté gauche.

cerise et à peu près sans douleur, grâce à l'anesthésie provoquée par les injections de 4 centigrammes de novocaïne.

« La couronne et les racines de la dent extraite étaient recou-

vertes d'un abondant dépôt de tartre sérique, indice de son très long séjour dans la loge inflammatoire, où elle était restée emprisonnée pendant plus de quarante ans.

« Après l'extraction, je n'ai constaté aucun phénomène anormal dans la zone innervée par le nerf dentaire inférieur ; mais, dans le fond et sur la paroi externe de la cavité alvéolaire, je pouvais, à l'aide d'un stylet, provoquer des douleurs très violentes, irradiées jusqu'à la canine et dans la région temporale.

« Plusieurs fois, j'ai pu toucher ce point très localisé, et je crois pouvoir dire que c'était le tronc du nerf dentaire inférieur.

« L'extraction fut suivie de douleurs violentes et d'une hémorragie assez abondante qui dura vingt-quatre heures, avec infiltration sanguine et ecchymose de toute la région angulaire.

« La cavité devint le siège d'une très abondante et très infecte suppuration accompagnée d'une cellulite ayant présenté tous les symptômes d'un phlegmon sublingual, qui, par simple pression bimanuelle, s'est heureusement vidé le dixième jour par le fond de la brèche opératoire.

« Pendant ces quelques jours, j'ai constaté des phénomènes de névrite, caractérisés par une extrême hyperesthésie de la peau étendue jusqu'à la région mentonnière et des douleurs névralgiques violentes avec exacerbation nocturne au niveau de la canine et des prémolaires.

« Ce n'est qu'au bout de deux mois que j'ai pu noter la guérison définitive, révélée par la complète épithélialisation de la cavité.

« Ainsi que je l'avais fait pressentir, cette dent présentait une énorme gouttière sur la face vestibulaire des racines ss (fig. 12).

« En l'examinant de plus près, on peut même constater que cette gouttière est constituée non seulement par un seul, mais plutôt par deux sillons très nets, qui d'abord contigus sur la racine postérieure, s'écartent de plus en plus en abordant la racine antérieure pour se terminer, l'un au niveau du collet, l'autre à mi-hauteur de la dent.

« Etant donné la position horizontale occupée par la dent dans le maxillaire, ces sillons ont une direction très oblique de bas en haut et d'arrière en avant par rapport à l'axe de la dent.

« De ces deux sillons, l'un devait livrer passage au nerf, l'autre



Fig. 12. — Face externe d'une dent de sagesse inférieure gauche ss, gouttière bifurquée creusée sur les deux racines.

à l'artère, que j'ai dû traumatiser en luxant la dent, ce qui permet de comprendre les accidents hémorragiques et névritiques observés après mon intervention. »

OBSERVATION IX. — Le 19 septembre 1913, M. le Dr J. TELLIER, de Lyon, fait l'extraction de la dent de sagesse inférieure droite de M. L..., âgé de 72 ans, pour de graves accidents locaux et de voisinage.

La dent était profondément cachée dans les tissus, et c'est en pénétrant par une petite fistule gingivale qu'avec un stylet notre confrère avait eu la sensation caractéristique d'une dent dont il avait fait contrôler la situation anormale par une radiographie.

C'est à la suite de cette dernière qu'il avait cru devoir faire des réserves sur la probabilité de rapports anormaux devant exister entre les racines de la dent et le nerf dentaire inférieur. La dent apparaissait, en effet, profondément incluse et en position horizontale.

L'extraction fut rendue très pénible, longue et douloureuse par un léger trismus et malgré l'absence de deux molaires antérieures extraites depuis longtemps.

Le lendemain, les accidents s'étaient amendés, mais les régions mentonnière et gingivale droites étaient complètement insensibles. Cette paralysie avait été constatée par M. L... aussitôt que la dent fut extraite.

Les racines de cette dernière présentaient de l'ostéite raréfiante au niveau de l'apex, toutefois plus manifeste sur la racine antérieure. Elles étaient, ainsi que la couronne, le siège d'un abondant dépôt de tartre sérique.

La dent avait deux racines et présentait sur la face linguale de la racine antérieure un sillon profond et arrondi, où passait certainement le nerf dentaire inférieur.

OBSERVATIONS X et XI. — Le 5 décembre 1913, M. D..., âgé de 31 ans, se présentait à la consultation de Lariboisière pour des accidents de la dent de sagesse inférieure gauche. M. le docteur SCHAEFER fit très facilement l'extraction de la dent. Celle-ci, dont les deux racines étaient soudées, présentait au-dessus de l'apex et du côté lingual de la racine postérieure, une gouttière très nette ss (fig. 13) où, pensait-il, devait passer le nerf dentaire inférieur.

L'extraction ne fut suivie d'aucun phénomène anormal et le 29 décembre, M. D... revenait à la consultation, demandant qu'on veuille bien lui extraire la dent homologue droite, qui occasionnait des accidents semblables à ceux observés du côté gauche.

La dent apparaissait très en dessous de la seconde molaire et dans la même situation que la gauche précédemment extraite.

Après luxation à la pince de homard, la dent fut enlevée très facilement.

Sur la face linguale des deux racines, séparées dans leur quart inférieur, il existe à ce même niveau une gouttière *ss* (fig. 14) qui va s'élargissant d'arrière en avant et qu'il est permis de supposer produite par le contact du nerf dentaire inférieur.

Dans le fond de l'alvéole, en effet, l'extrémité d'un stylet provoquait de vives douleurs irradiées au niveau du trou mentonnier; des prémolaires et de la canine. Ce point devait siéger sur le tronc nerveux.

Pendant un mois, on constata, au niveau de la région mentonnière, une très notable diminution de la sensibilité cutanée, qui allait s'atténuant de jour en jour pour revenir à la normale vers la mi-février.



Fig. 13 et 14.

Dents de sagesse inférieure gauche (fig. 13) et droite (fig. 14) vues par leur face linguale : en *ss* gouttières produites par le nerf dentaire inférieur.



Fig. 15. — Dent de sagesse inférieure gauche vue par la face postérieure; *o*, gouttière profonde qui chevauchait le nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION XII. — Le 5 janvier 1914, Mme H..., âgée de 24 ans, venait consulter à l'Ecole Française de Stomatologie pour des accidents de la dent de sagesse inférieure gauche.

M. RODIER en fit très facilement l'extraction à la langue de carpe.

Aucun phénomène anormal ne suivit l'opération ; mais avec un stylet on pouvait toucher au fond de l'alvéole un point très sensible. La patiente déclare que la sensation provoquée à ce niveau « lui donne une sensibilité comme si on touchait un nerf » (sensibilité vague, irradiée tout le long du trajet du nerf dentaire inférieur).

C'est alors qu'en examinant les racines de la dent, M. le Dr RODIER remarqua qu'entre les deux apex il

existait un sillon arrondi et aux trois quarts fermé 0 (fig. 15), qui devait être à cheval sur le tronc même du nerf dentaire inférieur.

OBSERVATIONS XIII et XIV. — A la séance de la Société de Stomatologie du 15 juin 1914, MM. CHOMPRET et B. V. PIETKIEWICZ ont rapporté chacun une observation de dent de sagesse sillonnée par le nerf dentaire inférieur.

Les deux dents présentaient, au niveau des racines, l'une un sillon, l'autre une gouttière.

Nos deux confrères avaient également constaté, au fond de l'alvéole des dents extraites, un point précis où l'extrémité d'un stylet provoquait la douleur locale et irradiée qui caractérise le contact du nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION XV (*inédite*). — Le 28 janvier 1916, Mme B... vient consulter M. le D^r H. RODIER pour une fistule de la joue. Un fil d'argent, introduit, arrive, au niveau de la dent de sagesse gauche inférieure, sur une surface lisse, donnant la sensation caractéristique de contact d'une dent. L'extraction, décidée, est rendue difficile et longue par l'écartement de la racine postérieure. Celle-ci présente, sur sa face linguale, un millimètre au-dessus de l'apex, un sillon très net où devait passer le nerf dentaire inférieur. Il est possible, en un point bien délimité de l'alvéole, de toucher ce nerf, et l'on produit ainsi les phénomènes douloureux habituels, avec irradiation au trou mentonnier.

OBSERVATION XVI (*personnelle*). — Un diagnostic erroné d'accident de dent de sagesse fit extraire, en décembre 1919, la troisième molaire inférieure gauche de M. Félix S..., âgé de 22 ans. A la suite de cette extraction non douloureuse, on put constater une insensibilisation de tout le côté gauche du maxillaire inférieur, surtout marquée près du menton. Au bout de quinze jours, la sensibilité était redevenue normale.

A l'examen, la dent, monoradiculée, présentait à la partie inférieure et linguale de sa racine, à deux millimètres et demi de l'apex, une large gouttière, où devait passer le nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION XVII (*inédite*). — Mme R... vient consulter en

janvier 1920 à l'Ecole Française de Stomatologie au sujet d'une dent de sagesse inférieure droite cariée. L'extraction, décidée, est longue et difficile. Cette dent présente quatre racines, à peu près entièrement soudées, qui forment, par leur partie inférieure, une gouttière. Celle-ci, dirigée en avant et en haut, est formée : en haut, par les deux courtes racines vestibulaires ; en bas, par la racine antéro-interne, plus longue et recourbée ; au fond, en partie par la racine antéro-interne, mais surtout par la postéro-interne.

Dans cette gouttière devait passer le nerf dentaire inférieur ; en effet, la pointe d'un stylet, touchant légèrement un point précis du fond de l'alvéole, reproduit la douleur caractéristique, déjà mentionnée dans les précédentes observations.

OBSERVATION XVIII (*inédite, communiquée par M. le D^r Henri RODIER*). — Le 16 février 1920, Mme M... vient consulter M. le D^r T..., de Castres, au sujet d'une légère carie de sa dent de sagesse inférieure droite.

Notre confrère décide l'extraction de la dent et éprouve de très grandes difficultés. Après quatre tentatives d'une durée de plus d'un quart d'heure ; comme, malgré la novocaïne, Mme M... souffre beaucoup (« il lui semble qu'on lui arrache les dents de devant du bas »), le D^r T... suspend l'extraction, prévoyant une traversée des racines par le nerf dentaire inférieur et qu'il pourrait en résulter une paralysie mentonnière.

Presque immédiatement, la patiente est prise de contracture : elle garde les dents serrées complètement. Ces dents sont très sensibles, spécialement à la chaleur.

Mme M... reste six jours au lit, avec 40° de fièvre, souffrant d'élancements s'étendant à la canine droite et au menton ; elle a gardé la bouche en occlusion complète les quatre premiers jours ; à la fin du premier mois, elle ne pouvait l'entr'ouvrir que de 0,02 centimètres ; tout n'est rentré dans l'ordre que vers le douzième mois.

Le sommeil était impossible ; pendant un mois il a fallu faire des piqûres de morphine.

En février 1921, le D^r RODIER fit très facilement l'extraction de la dent, qui avait été très ébranlée. A ce moment, Mme M... se plaint d'élancements douloureux, s'irradiant jusqu'à la canine.

M. le D^r RODIER reproduit ces douleurs, en touchant, avec la pointe d'un stylet, un point précis du fond de l'alvéole.

Sur la face externe de la dent, monoradiculée, à un millimètre au-dessus de l'apex, se trouve un sillon très net, où devait certainement passer le nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION XIX (*personnelle*). — En mars 1920, Mme B... vient consulter, à l'hôpital Lariboisière, le D^r RODIER, au sujet d'une carie du collet de la dent de sagesse inférieure gauche. L'extraction, conseillée, est faite. Au moment de l'avulsion, Mme B... éprouve une douleur violente, s'étendant à tout l'hémi-maxillaire.

Avec la pointe d'un stylet, on touche, au fond de l'alvéole, le nerf dentaire inférieur, reproduisant ainsi les mêmes élancements douloureux.

La dent, biradiculée, présente, sur sa racine externe, à deux millimètres de l'apex, un sillon regardant en haut, en arrière et en dehors, où passait le nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION XX (*inédite, communiquée par M. LÉBÉDENSKY*). — Le 30 mars 1920, M. L..., âgé de 52 ans, vient consulter M. POINSIGNON pour une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, siégeant dans la région sous-maxillaire droite. Notre confrère porte le diagnostic d'adéno-phlegmon. La dent de sagesse n'a pas fait son évolution. La dent de douze ans a ses canaux obturés depuis dix ans. Après avoir soigneusement recherché une cause, non dentaire, de l'adéno-phlegmon, M. POINSIGNON se résigne à extraire cette dent. En nettoyant le fond de son alvéole, il touche une surface lisse, très dure, qui n'est autre que le tubercule mésio-lingual de la dent de sagesse.

Après s'être ouvert un chemin à la gouge, il fait sauter la dent à l'élévateur courbe. Cette dent présente à l'extrémité de ses racines accolées en forme de cône, un sillon d'un demi-millimètre de profondeur, à un millimètre de l'apex, tracé horizontalement sur la face linguale de la racine postérieure.

Cette dent, restée incluse, pendant plus de trente ans, s'est révélée par de violentes douleurs s'irradiant vers l'oreille, qui disparurent après l'extraction, et par un adéno-phlegmon. Il nous est permis de penser que le sillon signalé et dont nous avons pu contrôler le siège, était produit par le contact du nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION XXI (*personnelle*). — En mai 1920, Mme G... vient nous consulter à l'Ecole Française de Stomatologie pour des douleurs vagues et des démangeaisons s'étendant à tout l'hémi-maxillaire inférieur gauche, et dont elle souffre depuis fort longtemps.

A l'examen de la bouche, nous constatons que la dent de sagesse inférieure gauche manque. Interrogée, la malade nous dit que cette dent a été extraite par erreur en janvier 1919. Elle nous montre cette dent, qu'elle nous avait apportée. Elle a quatre racines soudées ; la postéro-externe plus longue, se recourbant en crochet, forme un sillon très accentué qui se continue sur l'antéro-externe. Dans ce sillon se logeait très probablement le nerf dentaire inférieur. Les lésions produites par l'extraction peuvent être incriminées dans l'étiologie des douleurs dont se plaint Mme G...

OBSERVATION XXII (*personnelle*). — Mme L... vient nous consulter, en juillet 1920, à l'hôpital Lariboisière ; elle souffre d'élan-gements violents, s'étendant sur tout le trajet de son nerf dentaire inférieur gauche.

L'examen de la bouche permet de constater la présence de la dent de sagesse gauche inférieure, très basse, inclinée en arrière et en bas.

Nous décidons l'extraction de cette dent, incriminée.

Sa luxation est assez pénible ; au moment de l'avulsion, Mme L... ressent une vive douleur s'étendant jusqu'à la canine gauche.

La dent, monoradiculée, terminée en virgule, présente sur sa face inférieure deux lèvres, délimitant un profond sillon, long de trois millimètres, regardant en avant, un peu en haut et en dehors, en contact avec le nerf dentaire inférieur (fig. 16).

On touche au fond de l'alvéole ce nerf, reproduisant ainsi la douleur pour laquelle la malade était venue nous consulter.

Mme L..., revue fortuitement en octobre, déclare n'avoir plus souffert quinze jours après l'extraction.



Fig. 16. —
Dent de sagesse inférieure gauche.

OBSERVATION XXIII (*inédite, communiquée par M. le D^r LÉBÉD-
DENSKY*). — Le 13 mai 1920, M. C..., âgé de 47 ans, vient consulter Mlle DALBANNE, parce que, depuis vingt-quatre heures, il

éprouve de violentes douleurs irradiées à l'oreille, la tempe, l'œil, la nuque du côté gauche.

A l'examen, on observe, au niveau de la région, que devait occuper la dent de sagesse inférieure gauche, une tuméfaction rouge et douloureuse de la muqueuse. On pense aussitôt à une dent de sagesse n'ayant pas encore fait son éruption. Il existe un pertuis par lequel, à l'aide d'un stylet, il est facile de percevoir, dans la profondeur, une surface lisse, dure et irrégulière, qui est la dent de sagesse ; on peut même diagnostiquer avec une sonde exploratrice, une lésion de carie.

Le diagnostic ainsi posé, vu la situation de la dent et les complications qu'entraîne son éruption, l'extraction est décidée.

Après anesthésie locale, la muqueuse est incisée et on découvre la couronne de la dent de sagesse. L'exploration semble indiquer que le grand axe de la dent a une direction oblique en arrière et en dedans, mais presque horizontale. Une tentative d'extraction est faite sans résultat.

Le 15, après injection de dix centigrammes de novocaïne, surtout dans la région masséterine et de l'épine de Spix, on dégage complètement la dent à la curette, on résèque une partie de la table externe du bord alvéolaire, et, après trois quarts d'heure d'efforts, la dent est extraite.

La dent, volumineuse, présente deux racines soudées ; son extrémité apicale est creusée par une gouttière semi-lunaire, large d'un millimètre et demi.

Notre confrère revoit le malade quelques jours après ; la plaie va aussi bien que possible, la douleur diminue. Mais, depuis l'extraction, le malade s'est aperçu qu'il n'a plus aucune sensibilité dans toute la région mentonnière gauche ; il éprouve de grandes difficultés à se raser.

Le 15 juin, l'anesthésie mentonnière persiste ; le 2 juillet, la sensibilité réapparaît, sauf au niveau de la lèvre.

Il semble hors de doute que le faisceau vasculo-nerveux dentaire inférieur passait dans la gouttière apicale et qu'il fut légèrement lésé lors de l'extraction de la dent.

Les deux observations qui vont suivre se rapportent, non plus à une dent de sagesse, mais à des grosses molaires dont la surface radiculaire est également sillonnée par le nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION XXIV (due au D^r H. RODIER). — « Le 31 décembre 1902, Mme X..., âgée de 23 ans, venait me consulter à



Fig. 17. — Arcade dentaire inférieure présentant à gauche deux molaires (I et II) profondément situées dans le maxillaire au-dessous du rebord gingival.

Lariboisière pour des douleurs névralgiques très violentes siégeant au niveau de la mandibule et du côté gauche.

« A l'examen de la cavité buccale, je constatai des caries pénétrantes sur les faces triturantes de deux molaires restées profondément enfoncées dans le maxillaire, à la place des première et deuxième grosses molaires I et II (fig. 17 et 18).

« La couronne de la dent de sagesse III (mêmes figures) appa-

raissait très inclinée en avant et en dedans et surplombant la deuxième molaire II.

« Craignant des accidents ultérieurs, je conseillai l'extraction des deux dents cariées, qui fut pratiquée séance tenante.

« Aussitôt a-



Fig. 18. — Représentation schématique des molaires I et II et de leurs rapports réciproques. III, dent de sagesse couchée et surplombant la deuxième molaire II.

près, la malade s'est plainte d'anesthésie de la région mentonnière, que j'ai notée à ce moment, mais sans y attacher d'importance, persuadé cependant que, par suite de la situation profonde des deux dents, j'avais traumatisé le nerf dentaire inférieur.

« Ce n'est qu'à la suite de la communication du D^r DELAUNAY que j'ai examiné de nouveau le moulage et les dents que j'avais extraites, et mon étonnement fut grand lorsque je vis, sur le tiers inférieur de la face linguale de la deuxième molaire II (fig. 17 et 18), une gouttière hémi-circulaire absolument nette et comme faite à la gouge ss (fig. 19), dans laquelle a certainement dû passer le nerf dentaire inférieur.



Fig. 19. — Face linguale d'une deuxième molaire inférieure gauche (II, fig. 19 et 20) sillonnée par une gouttière, ss gouttière où a dû passer le nerf dentaire inférieur.

« Une gouttière analogue existe également au niveau des racines de la dent I (fig. 17 et 18) située immédiatement en arrière et à 14 millimètres au-dessous de la deuxième prémolaire.

« Siégeant à la région apicale, elle se dirige d'avant en arrière au niveau de la jonction des extrémités et de la face linguale des deux racines soudées ss (fig. 20).

« Quoique moins net que sur la dent voisine, ce sillon ne laisse aucun doute sur son origine : il nous est permis de la comparer à celui représenté fig 8 et de penser que cette dent devait chevaucher le canal mandibulaire.

« On peut se demander pourquoi les deux dents sont restées si profondément enfoncées dans le maxillaire au-dessous du rebord gingival.

« Une explication vraisemblable nous est fournie par les commémoratifs : Mme X... affirmait, en effet, — et donnait de la dente extraite une description anatomique fidèle ne permettant guère d'en douter, — que la première grosse molaire lui aurait été extraite six ans avant le jour où elle vint à ma consultation.

« Nous aurions ici affaire à un maxillaire ayant présenté quatre grosses molaires. La première molaire aurait empêché la dent supplémentaire évoluant au-dessous d'elle de faire son éruption : comme pour les dents de sagesse mécaniquement



Fig. 20. — Première molaire inférieure gauche supplémentaire (I, fig. 19 et 20) vue par sa face linguale. A l'extrémité des racines soudées, on voit une gouttière ss qui devait chevaucher le canal dentaire.

retenues par la deuxième molaire, ses racines, obligées de se développer dans la profondeur, seraient venues se mettre en rapports directs avec le canal dentaire et son contenu.

« La deuxième molaire, née du bourgeon épithélial de la précédente, se serait, comme elle, développée dans la profondeur, où elle s'est également trouvée en contact avec le nerf dentaire. »

OBSERVATION XXV (*inédite, due à M. le D^r COFFART*). — M. le D^r COFFART a eu l'extrême obligeance de m'adresser, en novembre dernier, l'observation suivante :

« Jeanne C..., âgée de 22 ans, vient à mon cabinet, le 4 novembre 1920, pour de violentes douleurs à caractère névralgique, me demander l'extraction d'une deuxième grosse molaire inférieure gauche, fortement cariée et un peu sensible à la percussion. Je fais des réserves sur l'efficacité totale de l'anesthésie intragivale pratiquée aux quatre angles, avec 0,07 de novocaïne-adrénaline.

« L'opération est nettement douloureuse. La dent résistant à l'action continuée lentement en dehors, je fais quelques mouvements latéraux et alternatifs, tout en tirant de bas en haut.

« La dent sortie de l'alvéole et à l'état frais, je vois aussitôt, sur la face linguale des deux racines, à peu près au même niveau, commençant à un millimètre des apex, mesurant deux millimètres dans leur grand axe de bas en haut, deux encoches nettes, symétriques, entamant les deux racines sur plus d'un millimètre en profondeur.

« Une petite boulette de coton, enfoncée dans l'alvéole du côté vestibulaire est tolérée, tandis que, même doucement pressée sur le côté lingual, elle provoque une douleur violente, irradiée dans l'hémiface et un geste de défense énergique. A l'aide de la seringue, un jet d'eau tiède débarrasse l'alvéole du sang coulant en petite quantité ; j'aperçois nettement un cordon blanc, légèrement gris rosé, de la grosseur d'une ficelle à fouet (un millimètre et demi environ). »

Ici, encore, il n'est pas permis de douter que l'on se trouve en présence d'une dent sillonnée par le nerf dentaire inférieur.

Les deux observations qui vont suivre ont trait, non plus à des dents sillonnées, mais en simple contact, sans manifestations anatomiques, avec le nerf dentaire inférieur.

OBSERVATION XXVI (*inédite, communiquée par M. le D^r BERCHER*). — Fl. Albert, soldat, âgé de 20 ans, est conduit, en juillet 1920, au Val-de-Grâce, dans le service de M. le D^r BERCHER, pour accidents osseux de la dent de sagesse inférieure gauche.

M. BERCHER fait faire une radiographie qui montre une dent de sagesse large, multiradiculée, très basse, butée contre la racine de la deuxième molaire, inclinée fortement en arrière et en bas. Ses deux extrémités radiculaires, très larges, semblent plonger dans le canal dentaire.

L'extraction est faite à la langue de carpe. Malgré l'excellente anesthésie tronculaire, le malade ressent une très violente douleur, au moment où on luxé la dent.

Cette douleur, toujours très aiguë, est ressentie pendant une quinzaine de jours. Puis, tout rentre dans l'ordre.

La dent, examinée, n'a pas terminé son évolution. Les tronçons des deux racines, d'un millimètre et demi de diamètre, devaient se trouver au contact même du nerf dentaire inférieur. La douleur peut s'expliquer par le tiraillement de fibres nerveuses dissociées au cours du traumatisme opératoire.

OBSERVATION XXVII (*inédite*). — L'observation suivante, dont M. le D^r FARGIN-FAYOLLE a eu la très grande amabilité de nous réserver la primeur, met en évidence, d'une façon quasi expérimentale, les rapports de simple contact, ou de voisinage immédiat du nerf dentaire inférieur et d'une dent de sagesse.

« Mme X..., âgée de 55 ans, est atteinte de polyarthrite ayant amené la perte d'un grand nombre de dents. En bas à droite, les première et seconde molaires ont été extraites il y a une dizaine d'années. La dent de sagesse, très inclinée en avant et un peu mobile, est extraite au cours de la préparation de la bouche pour un appareil de prothèse. Injection de 2 centimètres cubes de solution de syncaïne adrénalisée. Etant donné les lésions pyorrhéiques, cette injection peut être poussée très facilement dans le ligament. Immédiatement, sensation de fourmillement de la lèvre inférieure et très rapidement anesthésie de la zone innervée par le dentaire inférieur exactement comme dans l'injection faite au niveau de l'épine de Spix.

« Extraction de la dent sans douleur aucune ; les racines sont presque droites et un peu plus longues que normalement ; aucun sillon à leur niveau.

« L'exploration de l'alvéole ne permit pas de constater la sensation douloureuse déterminée par le contact du nerf, soit que l'anesthésie de celui-ci fût complète, soit que le nerf fût seulement au voisinage immédiat de l'alvéole. L'indocilité de la malade empêcha de faire de nouveau cette exploration quelques jours après. A ce moment, la sensibilité de la région innervée par le mentonnier et celle des gencives était redevenue absolument normale.

« Il nous semble évident que, dans notre observation, l'anesthésie régionale obtenue ne peut s'expliquer que par la situation du nerf dentaire inférieur en rapport immédiat avec l'alvéole de la troisième molaire. »

OBSERVATION XXVIII (*publiée par M. le D^r H. RODIER dans la Revue de Stomatologie*). — Il s'agit d'« une couronne d'incisive centrale droite permanente dont la face palatine est creusée en diagonale par une gouttière hémicirculaire.

« J'ai trouvé cette dent dans les collections de mon oncle, le D^r Henri GODET (de Cherpenaize), en examinant un os intermaxillaire qu'il avait réséqué, vers 1870, à un jeune enfant de 5 ans, atteint de bec-de-lièvre double.

« Les figures 21 et 22 représentent cet os intermaxillaire vu par sa face antérieure (fig. 21), dont la paroi a été réséquée pour



Fig. 21.



Fig. 22.

Os intermaxillaire vu par ses faces antérieure (fig. 21) et postérieure (fig. 22).

montrer les dents dans leurs situations et rapports réciproques et par sa face postérieure (fig. 22), sur laquelle on voit, à mi-hauteur et de chaque côté de la suture médiane, l'orifice d'émergence des artères alvéolaires antérieures.

« Dans la mince épaisseur des parois externes de cet os incisif,

on constate, à gauche, l'existence d'un canal osseux, alors qu'à droite, il n'existe qu'une gouttière hémicirculaire.

« En regard de cette dernière, on trouve une seconde gouttière hémicirculaire également et siégeant sur la face palatine de l'incisive centrale adjacente, qui se présente de champ, le bord distal en avant et la face palatine regardant directement en dehors (fig. 21).

« Canal et gouttières livraient passage aux artères alvéolaires antérieures : celle de droite, se trouvant en contact avec la face palatine de la couronne de l'incisive centrale permanente, a imprimé sur cette dernière une gouttière arrondie » (fig. 23), qui, née à mi-hauteur du bord mésial, remonte en diagonale pour atteindre le collet vers le milieu de la face palatine.



Fig. 23. — Incisive supérieure droite permanente. Sillon creusé sur la face palatine, et où passait l'artère alvéolaire antérieure.

« Il est vraisemblable que, si la dent avait pu effectuer son complet développement, le prolongement de cette gouttière serait également visible sur la surface radiculaire, où il devrait affecter une direction hélicoïdale. »

Cette observation, d'ordre tératologique, éclaire la pathogénie des faits signalés dans les observations précédentes. L'incisive centrale se trouvait être en contact avec une artère voisine, qui, au moment de la calcification, a laissé sur la couronne la trace indélébile de son voisinage.

Il en est de même pour les dents de sagesse et les molaires sillonnées ; les racines se sont calcifiées à côté de vaisseaux ou nerfs contigus ; ceux-ci y ont laissé leur empreinte comme ils l'auraient fait sur toute autre partie du squelette.

III. — FAITS ANATOMIQUES

Grâce à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé ROUVIÈRE à l'Ecole Pratique de la Faculté, et de M. le professeur SÉBILEAU, qui m'accueillit si hospitalièrement à l'Amphithéâtre d'Anatomie, j'ai pu disséquer vingt maxillaires inférieurs. Chiffre relativement minime : mais les sujets pourvus de molaires sont rares, et bien plus rares encore ceux pourvus de dents de sagesse. Sur les vingt examinés, trois seulement possédaient des troisièmes molaires.

J'ai pratiqué en divers points du maxillaire des sections transversales, coupant à angle droit l'axe du corps de cet os. Je ne m'occuperai que des coupes passant le long de la face distale de la dernière dent du sujet (deuxième ou troisième molaire).

Ce qui m'a particulièrement frappé dans l'étude des rapports du canal dentaire, c'est leur extrême variabilité. Dans les dix-sept cas où le sujet n'avait pas de dents de sagesse, j'ai constaté une fois qu'une racine distale de la dent de douze ans se trouvait au contact même du paquet vasculo-nerveux ; une autre fois, les racines de cette même dent en étaient éloignées d'un centimètre et demi. Entre ces deux extrêmes, j'ai vu à peu près tous les passages. D'autre part, ni la hauteur de la branche horizontale, si variable, elle aussi, ni la situation de la ligne oblique interne ne peuvent aucunement faire pronostiquer une situation haute ou basse du canal dentaire.

J'ai trouvé cinq millimètres entre le canal dentaire et l'apex de la première dent de sagesse examinée, plantée verticalement ; il y avait presque contact chez le second sujet, la dent, légèrement inclinée en arrière et en bas, n'étant séparée du canal que par une mince lame osseuse d'un dixième de millimètre ; la troisième fois, c'était une dent de sagesse sillonnée (fig. 24).

La coupe, oblique en arrière et en haut, parallèle à la face distale de la dent, révèle une troisième molaire inférieure gauche, à demi couchée dans le maxillaire ; sa couronne est venue buter contre la racine distale de la deuxième molaire ; la dent reste en position très basse et seul son cuspide postéro-externe était extérieurement décelable, avant la coupe.

Cette dent de sagesse, fortement déjetée du côté lingual, est *sillonnée*, sur la face *externe* de sa racine, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la racine, par le nerf dentaire inférieur : situation doublement en contradiction avec les données classiques.

Je dois également attirer l'attention sur le fait que le nerf était accompagné de l'artère et de la veine dentaires inférieures. Dans la plupart des observations, il n'est fait men-



Fig. 24. — Coupe vertico-transversale du maxillaire inférieur, passant par la face distale de la dent de sagesse. On aperçoit le sillon tracé sur la face externe de la dent par le nerf dentaire.

tion que du nerf, qui serait séparé de l'artère, située plus bas. Ce fait ruine la théorie que M. Pierre ROBIN a développée à la séance de février 1910, à la Société de Stomatologie : selon cet auteur, les racines ne seraient pas susceptibles d'inclure le canal dentaire et le nerf ne pourrait sillonner les dents qu'étant lui-même en position anormale, hors le canal dentaire et séparé de l'artère et la veine.

J'ai introduit un fil d'argent dans le canal dentaire de ma pré-



Fig. 25.

Radiographie due à l'obligeance de M. le Dr HENRI BÉCLÈRE.

paration et M. le Dr Henri BÉCLÈRE a eu l'obligeance d'en faire la très belle radiographie ci-jointe (fig. 25). On y voit clairement le chevauchement du canal par la dent de sagesse, très basse et très inclinée, alors que les première et deuxième molaires sont à distance dite normale.

Il m'a semblé intéressant de rapprocher de cette radiographie le calque radiographique ci-contre (fig. 26), tiré de l'Atlas de Symington : on y voit la presque horizontalité du follicule de la dent de sagesse, III, les rapports de voisinage entre la partie inférieure du bulbe et le nerf dentaire, N.

Je ne pense pas qu'il y ait intérêt à faire la moyenne de l'espace séparant les apex des deuxième et troisième molaires du canal dentaire, espaces mesurés dans mes vingt observations à l'amphithéâtre, et d'affirmer : au niveau de la dent de douze ans et de la dent de sagesse, le canal dentaire est à tant de millimètres des

apex de ces dents. Non : je dois, au contraire, indiquer l'extrême variabilité de ces rapports, surprenante de prime abord, mais

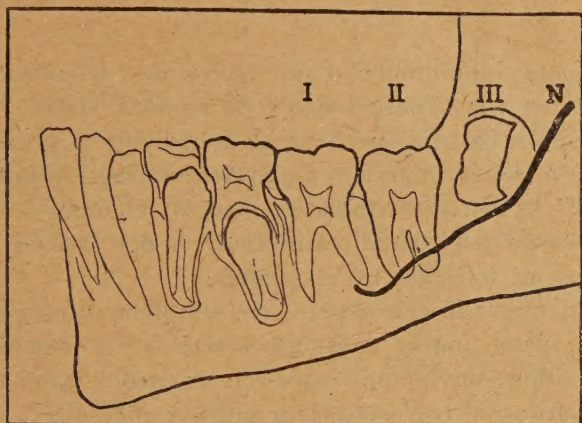


Fig. 26.

I-II première et deuxième molaires : III dent de sagesse ; N, nerf dentaire inférieur.

que peuvent expliquer ces quelques considérations cliniques et anatomiques.

IV. — PATHOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Il me semble que l'on doit faire jouer un rôle assez important à la proximité et au contact de la troisième molaire et du nerf dentaire inférieur dans la pathogénie des accidents nerveux de la dent de sagesse. On n'a guère incriminé, jusqu'à maintenant, que les minuscules filets nerveux voisins de cette dent. Il paraît évident que ce tronc nerveux, assez considérable, doit réagir à la congestion et à l'infection péri-coronaire et périradiculaire. Tous ces troubles réflexes, si fréquents, pendant l'évolution de la dent de sagesse, ces douleurs si violentes, ces troubles trophiques étiquetés stomatites ulcéro-membraneuses, doivent chercher leur principale cause dans les rapports de la dent de sagesse et du nerf dentaire.

Comment diagnostiquer ces dents sillonnées ? Il faudra y songer, en présence d'une dent de sagesse incluse ou très basse, couchée presque horizontalement.

La radiographie pourra vous indiquer la possibilité d'un chevauchement du canal dentaire ; seule, la radiographie stéréoscopique pourrait l'affirmer.

CONCLUSIONS

La longueur inhabituelle d'une racine des deuxième ou troisième molaires ; la situation haute du canal dentaire ; mais surtout la position basse d'une dent de douze ans, la position basse et oblique en bas et en arrière d'une dent de sagesse butée contre la racine de la deuxième molaire, peuvent changer les rapports anatomiques du nerf dentaire inférieur et des grosses molaires, tels que les ont indiqués les classiques.

Le nerf dentaire inférieur peut être simplement au contact des racines des deuxième et troisième molaires ; il peut également tracer un sillon, ou même, mais cela beaucoup plus rarement, passer par un canal traversant leur masse radiculaire.

Les observations cliniques publiées, très facilement colligées, indiquent avec évidence que ces rapports de contact sont loin d'être rares, et sans dangers.

Le praticien, jusqu'ici peu averti par les anatomistes du péril en lequel une dent de sagesse peut mettre le nerf dentaire de son patient, devra songer à une dent sillonnée ou tout au moins au contact du nerf dentaire, chaque fois qu'il aura affaire à une troisième molaire basse, implantée obliquement en bas et en arrière.

S'il doit en pratiquer l'extraction, qu'il ne la fasse que très prudemment, après un sérieux examen radiographique, et après avoir prévenu le patient des multiples incidents ou accidents qui peuvent survenir pendant et après l'intervention.

VU

ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur
de l'Académie de Paris,
APPELL.

VU

Le Président,
Pierre SÉBILEAU.

VU

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,
H. ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIEU. — *Traité de l'art du dentiste* (1874).
- ARNULPHY. — *Etude sur les anomalies de la dent de sagesse inférieure* (Thèse, Paris 1876).
- CAPDEPONT. — *Pathogénie des accidents de la dent de sagesse*.
- COMAY. — *Déviation de la dent de sagesse inférieure et de leurs accidents* (Thèse, Paris 1876).
- DELAUNAY (E.). — *Note sur deux cas d'accidents de dent de sagesse incluse* (*Revue de Stomatologie*, nov. 1909).
- DIEULAFÉ et GAYRAL. — *Topographie du système dentaire* (*Journal de l'Anatomie*, 1908).
- DIEULAFÉ et HERPIN. — *Anatomie de la bouche et des dents*.
- DUBOIS (Pascal). — *Observation d'un accident d'extraction d'une dent de sagesse inférieure* (*Bulletins et Mémoires de la Société Odontologique de France*, 1913).
- FARGIN-FAYOLLE. — *Revue de Stomatologie*, 1908-1920, passim.
- FILDERMANN et SOUCY. — *Anomalie topographique révélée par l'extraction d'une dent de sagesse inférieure gauche* (*Journal Odontologique de France*, 1911).
- FREY et LEMERLE. — *Pathologie des dents et de la bouche*.
- GAILLARD et NOGUÉ. — *Traité de stomatologie*.
- KIRK (Edward C.). — *Manuel de dentisterie opératoire*.
- POIRIER. — *Traité d'anatomie humaine*.
- PONT. — *Maladies de la bouche et des dents*.
- RODIER (Henri). — *Extraction d'une dent de sagesse traversée par le nerf dentaire inférieur* (*Revue de Stomatologie*, mars 1910).
- — *Dents traversées ou sillonnées par le nerf dentaire inférieur* (*Revue de Stomatologie*, janvier 1920).
- ROUSSEAU-DECELLE. — *Revue de Stomatologie*, 1908-1920, passim.
- SOBOTTA. — *Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen* (München, 1913).
- SYMINGTON and RANKLIN. — *An Atlas for Skiagrams illustrating the development of the teeth* (London, Longmans, Green and Co), 1908.

TESTUT. --- *Anatomie descriptive.*

TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique.*

TILLAUX. — *Traité d'anatomie topographique.*

TOMES. — *Chirurgie dentaire* (1873).

WITZEL. — *Atlas der Zahnheilkunde in stereoskopischen Bildern*
(Berlin, J. Springer, série I, Anatomie, 1909).